

<<IPA Logo>>

<<Date>>

<<Member Name>>

<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>

<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

Solicitud de Nombramiento de Representante (AOR)

Nombre del Miembro:

Número de Identificación de Miembro:

Nombre del Plan de Salud: IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

Teléfono: **1-877-273-IEHP (4347)**

Estimado/a <<Member Name>>:

Esperamos que al recibir esta carta se encuentre bien. Le escribimos para informarle que IPA recibió su solicitud de cobertura de un artículo, servicio o medicamento. Usted pidió que otra persona le ayude con dicha solicitud. Antes de que podamos hablar con otra persona, Medicare necesita que usted llene el formulario de “Nombramiento de Representante” adjunto, o que envíe su propia solicitud por escrito.

Si envía su propia solicitud por escrito, debe tener todos los datos que se incluyen en la lista a continuación: (Marque el círculo junto a cada ítem completado).

- Su nombre, domicilio y número de teléfono.
- Su número de Medicare, que está en el frente de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, o su identificación para Miembros de IEHP DualChoice, que está en el frente de su Tarjeta para Miembros de IEHP DualChoice.
- El nombre, el domicilio y el número de teléfono de la persona que usted quisiera que actúe en su nombre.
- Una declaración que diga que usted autoriza a tal persona a actuar en su nombre para la solicitud.
- Una declaración que diga que usted autoriza a IEHP DualChoice a mostrar su información de salud a su representante.
- Su firma y la fecha.
- La firma de la persona que usted desea que actúe en su nombre, junto con la fecha.
- Una declaración de la persona que usted desea que actúe en su nombre, que diga que tal persona acepta el nombramiento.

Debe enviar su solicitud antes del <MM/DD/YYYY> en el sobre (con la dirección impresa y el franqueo)

pagado) adjunto a esta carta, o puede enviar los documentos por fax al **<enter fax number here>**.

Si no recibimos los documentos para la fecha estipulada arriba, su solicitud podría ser denegada.

Si tiene preguntas sobre este aviso o desea conocer el estado de su caso, por favor comuníquese con <<IPA>> al <<**IPA Phone Number**>>, <<IPA Hours of Operation>>. Los usuarios de TTY deben llamar al <<**IPA TTY Number**>>.

Gracias por ser un valioso Miembro de <<IPA>>.

Su salud es nuestra prioridad,

<<IPA>>

Documentos adjuntos: Formulario 1696 de los CMS: “Nombramiento de Representante” y sobre con el domicilio impreso y el franqueo pagado.

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.